Ueber

Besonderheiten im Verlauf des Ulcus molle.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 11. MAI 1897

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Otto Meyer

aus Frankfurt a. M.

OPPONENTEN:

Hr. Unterarzt Dr. Fischer.
- Unterarzt Dr. Kappesser.
- Unterarzt Dr. Sandreczki.

Berlin.

Druck von E. Ebering.

Linkstrasse 16.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535723_0116

Meinen lieben Eltern.

Bevor ich mich zu meinem eigentlichen Thema, den Besonderheiten im Verlauf des Ulcus molle wende, dürfte es angezeigt erscheinen, einen kurzen, historischen Ueberblick über den Entwicklungsgang der Ulcus-molle-Frage zu geben. Denn der Krankheitsbegriff: Ulcus molle war früher und ist auch jetzt nicht von allen Autoren als ein einheitlicher und scharf umgrenzter anerkannt. Wir müssen uns deshalb notwendigerweise erst darüber klar werden, was wir unter Ulcus molle verstehen, ehe wir in die Erörterung unserer Frage eintreten. Schon den ältesten Autoren war das Ulcus molle bekannt, im Mittelalter wurde es dann vielfach mit den Erscheinungen der Syphilis verwechselt. Doch wussten schon die Aerzte des späteren Mittelalters, dass es Schanker gäbe, die krankhafte Erscheinungen des Gesamtorganismus, und solche, die nur lokale Erkrankungen hervorriefen. Man unterschied danach eine Caries Gallica und die Caroli pudendorum. Obwohl man demnach objektiv nachweisbare Merkmale für die beiden Geschwürsarten nicht aufgefunden hatte, unterschied doch schon Fallopia echte und unechte Schanker; aber erst Hunter und John Andree waren die ersten, die ein Charakteristikum für den Schanker mit Allgemeinerkranhung zu finden wussten, den indurierten, speckigen Grund. Seither unterschied man den weichen und den harten (oder Hunterschen Schanker).

Lange Zeit nun belegte man alle Geschwüre, die mittelbar oder unmittelbar einer venerischen Infektion folgten, mit dem Namen Schanker; Schanker hiessen sowohl die Geschwüre, die der Lues vorangingen, als auch

die, welche durch sie hervorgerufen wurden. Nach Hunter bezeichneten spätere Aerzte nur solche Geschwüre als Schanker, die den primären Infektionsherd darstellten und dann von Allgemeinerscheinungen gefolgt waren.

Nach Ricord waren Geschwüre, die durch Impfung wieder neue Geschwüre hervorriefen, zweifellose Schanker und sollten sich auch hier durch von syphilitischen, sekundären Geschwüren unterscheiden.

Bassereau war der erste, der in klarer und präziser Weise erkannte, dass der weiche und der harte Schanker zwei vollkommen verschiedene Infektionskrankheiten sind; er ist als der eigentliche Begründer der Dualitätslehre anzusehen. Nach dieser Lehre ist „der verhärtete Schanker, das ist das initiale oder Muttergeschwür der Syphilis auf seinen Besitzer nicht derart impfbar, wie es beim weichen Schanker der Fall ist. Das Muttergeschwür der Syphilis kann nur auf syphilis-freie Individuen übertragen werden und pflanzt sich in solchen Individuen nur stets in seiner Art fort, es ruft wieder Geschwüre hervor, welche die syphilitische Diathese bedingen."

Dieser französischen Dualitätslehre, vertreten von Bussereau und Clerc, die zwei Schankerkontagien annimmt, von denen das eine den harten, das andere den weichen Schanker erzeugt, wurde in ihrer klaren und einfachen Auffassung der Dinge bald getrübt durch die Untersuchungen anderer Autoren: So glaubte Bidenkap den Nachweis geliefert zu haben, dass auch sekundäre Syphilisprodukte, wenn dieselben durch Reizung in Eiterung versetzt werden, impfbares Sekret liefern. Der weiche Schanker ist nach ihm nicht nur das blosse Erzeugnis eines anderen weichen Schankers, sondern kann durch die Sekrete gereizter syphilitischer Produkte an dem Besitzer hervorgerufen werden. Auf diese Weise wurde ein Kausalnexus zwischen weichem Schanker und Syphilis wieder konstruiert. Weicher und harter Schanker sind hiernach nur Erscheinungen einer einzigen Krankheit. Der Hauptvertreter dieser Unitätslehre ist Kaposi. Findet die Ueberimpfung des syphilitischen Virus auf ein Ulcus molle statt,

so geht der typische, weiche Schanker in der 2.—3. Woche in einem harten Schanker über (Chancre mixte). Kaposi meint nun, dass dieser „Huntersche Schanker sich stets aus dem weichen Schanker entwickle, welcher erst in der 2.—3. Woche eine allmählich entstehende Induration zeige, indem das Geschwür zugleich die Beschaffenheit eines harten Schankers annehme. Deshalb ist ausser andern Gründen Kaposi Anhänger der Unitätslehre.

Aber unter den Dualisten müssen wir wieder 2 Gruppen unterscheiden. Die einen glauben — wie auch Neisser schon vor vielen Jahren betont hat, — dass das Ulcus molle einem spezifischen Virus seinen Ursprung verdanke, die anderen, als deren Hauptvertreter Finger anzusehen ist, behaupten, dass der weiche Schanker möglicherweise gar keine spezifisch-virulente Affektion sei, sondern dass derselbe sich durch Ueberimpfung verschiedenartigen Eiters bilden könne, und dass weniger die Wirkung des Eiters, als die Beschaffenheit des Bodens die charakteristischen Erscheinungen des weichen Schankers bedinge.

Seine Ansichten über das Ulcus molle hat Finger auf dem Kongress zu Rom in drei Thesen niedergelegt. Er erklärt:

1. Ulcus molle ist eine virulente, circumscripte, oberflächliche, akute Dermatitis mit, entsprechend ihrer venerischen Natur, vorwiegender Lokalisation am Genitale.

2. Gleich den anatomisch analogen Prozessen wird das Ulcus molle durch mehrere pyogene Mikroorganismen, Bazillen und Koschen erzeugt.

3. Bei der enormen Verbreitung dieser pyogenen Organismen vermögen auch durch andere Krankheitsprozesse bedingte, oberflächliche Läsionen der Integumente, besonders am Genitale, den Ausgangspunkt für die Entstehung von weichen Schankern, respektive für die Produktion inokulabeln Eiters zu liefern. Ist der Bac. Ducrey-Unna der Erreger des Ulcus molle, so ist er nichts anderes als ein pyogener Mikroorganismus, denn er erzeugt gleich den Staphylokokken circumscripte Eiterung,

gleich ihnen akute Adenitis und dürfte subkutan injiciert wohl auch Phlegmone erzeugen.“

Wir halten diese Ansicht für hinfällig und glauben, dass das Ulcus molle ein spezifisches Kontagium hat und dass die von Dacrey entdeckten Bazillen es darstellen; auf diesen Punkt komme ich weiter unten noch zu sprechen. Ausserdem aber unterscheidet der Ulcus-molle-Eiter sich von gewöhnlichem Eiter dadurch, dass er auf viele Generationen immer wieder verimpfbar ist, während bei sonstigem Eiter wohl ab und zu auf ein oder zwei Generationen eine Inokulation gelingt, meistens aber fehlschlägt. Bei der Ueberimpfung des Ulcus-molle-Eiters entsteht ferner auch nur ein kleines Bläschen längs des Impfstrichs, während im andern Fall eine grössere Pustel entsteht.

Wir sind hiermit der Ansicht, dass weicher und harter Schanker Erscheinungen verschiedener Krankheiten sind, und dass der weiche Schanker ein ganz spezifisches Kontagium besitzt, die Ducrey-Kreftingschen Bazillen.

Was verstehen wir nun unter Ulcus molle?

Nach Jullien ist der einfache Schanker „eine Läsion ausschliesslich lokaler Natur, die mit einer Pustel beginnt, die ulceriert und kontagiösen Eiter absondert, der auf dem Träger unendlich oft reinokulabel ist.“

Letzel definiert das Ulcus molle als „übertragbaren Ulcerationsprozess, welcher meistens in Folge des Beischlafs mit erkrankten Personen an den Genitalien entsteht. Infektion des Bluts, wie wir sie bei Syphilis kennen, kommt hierbei nicht zu stande.“

Gay präcisiert den Begriff Ulcus molle folgendermassen: Gegenwärtig verstehen wir unter Ulcus molle ein tiefes Geschwür, mit erhabenen, unterminierten und stark entzündeten Rändern und unreinem, zerwühlten, speckigen Boden, welches bedeutende Mengen sehr infektiösen Eiters absondert, der auf Menschen überimpft, wieder die beschriebene Ulceration hervorruft.“

Während Zeissl meint, kein Arzt sei im Stande, jedes weiche Schankergeschwür als solches mit positiver Gewissheit zu erkennen, formuliert Petersen den Begriff des

weichen Schankers wie folgt: „Das Ulcus molle ist das Resultat eines lokalen Infektionsprozesses. In Folge der Uebertragung eines Virus auf eine in ihrer Kontinuität zerstörte Hautstelle entwickelt sich eine Zerstörung des Gewebes, die sich sowohl peripherisch, wie auch in der Tiefe ausbreiten kann. Dabei haftet den Zerfallsprodukten und dem Eiter die Eigenschaft an, durch Inokulation auf andere Hautpartieen derselben oder anderer Personen wiederum denselben Zerstörungsprozess hervorzurufen. Dabei entstehen charakteristische, meist kreisrunde, schmerzhafte Geschwüre, die vorherrschend in die Papillarschicht übergreifen, die Epidemis zerstören, zackig unterminierte, entzündlich gerötete Ränder haben und einen lockeren, speckigen Boden zeigen, der mit Eiter bedeckt ist und stets nach Heilung eine Narbe hinterlässt. Das klinische Bild variiert ja nach dem Ernährungszustande und dem Stadium des Verlaufs der Krankheit. Bei dem ausgeprägten Bilde des Leidens lässt es sich strikt von syphilitischen und andern Affektionen unterscheiden und als selbständige Krankheit sui generis feststellen".

Was die pathologische Anatomie des Ulcus molle betrifft, so ist nach Joseph jede Spur der oberflächlichen Epidermisschichten verschwunden. Die Geschwürsbildung erstreckt sich meist bis in die tieferen Lagen des Corium. Dieses ist vollgefüllt mit Bindegewebstrümmern und Leukocyten, welche besonders reichlich in der Nähe der Gefässe zu finden sind und sich zu beiden Seiten des Geschwürs weithinein in scheinbar gesundes Gewebe erstrecken. Grosser Reichtum an Lympfgefässen.

Die sehr weiten, ein ziemlich dichtes Netz bildenden Lymphgefässe reichen im Infiltrate bis fast auf den Geschwürsgrund, ja münden noch teilweise offen in diesen ein. Aus dieser hohen Lage und dem teilweisen Klaffen der Lymphgefässe erklärt auch Finger die leichte Aufnahme und Weiterbeförderung von Schankereiter in den Lymphgefässen und Lymphdrüsen.

Ueber das Virus des Ulcus molle ist man erst seit kurzem einigermassen unterrichtet.

1885 glaubte zuerst Primo Ferrari in kurzen Bazillen, die in Gruppen lagen, das Contagium gefunden zu haben. Dann veröffentlichte De Luca eine Arbeit darüber. Entscheidend für die Frage des Ulcus-molle-Kontagiums waren aber erst die Entdeckungen von Ducrey, Krefting und Unna.

Ducrey erhielt zuerst den Ulcus-molle-Pilz ziemlich rein durch Ueberimpfung des Ulcus-molle-Sekretes bis in die 6. Generation.

1892 erhielt auch Krefting die Bazillen ziemlich rein, indem er die Impfung bis in die 8. Generation fortsetzte, und fand dieselben im Bubosekret.

1887 und 1892 fand Petersen dieselben Bazillen.

Unna entdeckte eine besondere Bazillenart, die die äusserste Zone des weichen Schankers einnahmen, von denen er sich besonders gefärbte Schnitte verschafft hatte. Nach seiner Beschreibung sind es ziemlich kleine kurze Stäbchen. Ihre Länge beträgt $1^1|_4$—2 μ, ihre Breite $^1|_3$ μ. So sind in der Form von Ketten zu 4—6—10 Gliedern angeordnet und verlaufen stets in Lymphspalten zwischen Gewebszellen. Gerade der Nachweis der Bazillen im Gewebe war eine starke Stütze für die angenommene ätiologische Bedeutung der fraglichen Mikroorganismen.

Die Bazillen nach Ducrey

eine Länge von 1,48 μ.
eine Breite von 0,50—1 μ.

nach Krefting:

eine Länge von 1,50—2 μ.
eine Breite von 0,50—1 μ.

Es sind kurze, dicke Stäbchen mit abgerundeten Enden, mit einem Eindruck in der Mitte; teils einzeln, teils in Gruppen von 4—8 liegend. Krefting hat diese Bazillen in jeder Pustel gefunden, die von einem sicheren Schankervirus herrührte, und bemerkt, dass, je schneller und kräftiger die Impfung anging, in desto grösserer Menge sich die Bazillen finden liessen.

Kulturen der Ducrey-Krefting-Unnaschen Bazillen auf künstlichem Nährboden sind bis jetzt noch nicht ge-

lungen. Nach Petersen sind jetzt die Ducrey-Krefting-Bazillen „mit einer bis an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit als Krankheitserreger des Ulcus molle anzusehen".

Auch Herxheimer ist der Ansicht, dass die Ducrey-Unnaschen Bazillen die Erreger des Ulcus molle sind und zwar besonders deshalb, weil man dieselben im Gewebe und in den Zellen findet.

Nachdem wir uns mit dem Virus des Ulcus molle bekannt gemacht haben, wollen wir, bevor wir uns zu den Komplikationen desselben wenden, vorher noch auf den einfachen, klinischen Verlauf des Ulcus molle, auf die verschiedenen Arten und auf die Diagnose desselben näher eingehen.

Wir unterscheiden am besten (nach Petersen) 4 Stadien des Verlaufs

1. Stadium incubationis, das etwa 12—24 Stunden dauert.
2. Stadium evolutionis, dauert 3 Tage lang; Rötung und kleine Pustel.
3. Stadium destructionis, das ulcerierende Stadium, welches etwa 4—6 Wochen dauert.
4. Stadium reparationis, Stadium der Narbenbildung, dauert 6—14 Tage.

Nachdem der Eiter des weichen Schankers an einer verletzten Stelle in die Epidermis eingedrungen ist, zeigt sich schon nach wenigen Stunden an dieser Stelle eine Rötung; nach ungefähr 24 Stunden bildet sich ein Knötchen, das sich bald in eine Pustel umwandelt, die meist am 2. oder 3. Tage, seltener am 5. Tage platzt.

Nunmehr tritt das Geschwür zu Tage. Dasselbe ist meist rundlich, doch kommen auch längliche Geschwürsformen vor; es ist ferner grubig, „wie mit einem Locheisen ausgebohrt." Der Grund ist uneben, zernagt und mit einem grauweissen, festanhaftenden, schmierigen Belage bedeckt; die Ränder des Geschwürs sind überhängend, schlaff, aber scharf geschnitten und zackig gegen die Umgebung emporgewölbt. Das Geschwür sondert einen reich-

lichen, stark kontragiösen Eiter ab, der bei Luftzutritt zu einer Kruste eintrocknet. Die Umgebung des Geschwürs ist gerötet und infiltriert.

Der weiche Schanker hat in der ersten Zeit seines Bestehens die Neigung, sich sowohl der Tiefe, wie der Fläche nach mit Zerstörung der von ihm ergriffenen Gewebspartieen zu vergrössern. Er erreicht meist die Grösse eines Zehnpfennigstücks. Oft fliessen mehrere benachbarte Geschwüre zusammen, sodass eine grössere Geschwürsfläche entsteht. Nach 3—4 Wochen tritt nun ein Stillstand im Wachsen ein. Die Schwellung und Eiterung lassen nach, und am Rande des Geschwürs erheben sich kräftige Granulationen. Von den sich abhebenden Rändern her beginnt die Vernarbung. Das jetzt noch gelieferte, spärliche Sekret hat seine Kontagiosität verloren. Da durch das Ulcus molle Bindegewebsteile zerstört werden, so kommt die Heilung durch Bildung einer Narbe, und zwar einer weichen Narbe zustande.

Gewisse Abweichungen von diesem typischen Verlaufe kommen mitunter vor. —

Ragen die starken Granulationen, wie pilzförmig über die Oberfläche hervor, so haben wir das Ulcus elevatum vor uns.

Gelangt das Schankervirus in einen Haarfollikel, so erstreckt sich der zu einem länglichen Geschwür umgewandelte Follikel wie ein Sack in die Haut hinein. Der Follikularschanker zeigt sich als gerötetes, akneartiges Knötchen, in dessen Mitte sich eine sehr kleine, aber tiefe Ulceration befindet, oder aber als kleines, rundes, scharfrandiges Geschwür mit mässig gerötet r Umgebung, ohne jede Neigung sich in die Fläche auszudehnen. Das Geschwür ist auf Berührung schmerzhaft und fühlt sich weich an; nur selten zeigt es eine geringe, entzündliche, teigig sich anfühlende Härte.

Komplizierter sind schon die Erscheinungen des phagedänischen Schankers. Grund und Ränder des Geschwürs sind von einer pulpösen, grünlichen oder schwarzen

Masse bedeckt. Es besteht intensive Rötung und Infiltration der Umgebung.

Verwandt mit dem phagedänischen Schanker ist das Ulcus diphtheriticum. Dieses Geschwür ist nach Joseph mit einer fest anhaftenden, trockenen, gelblichweissen, diphtheritischen Auflagerung bedeckt. Das Sekret des diphtheritischen Geschwürs erzeugt ebenso wie das jauchige Sekret des phagedänischen Schankers bei der Impfung meist kein typisches Ulcus molle mehr. Der Verlauf ist ein langsamer und manchmal mit Fieber verbunden.

Im Anschluss an das Ulcus diphtheriticum komme ich auf das Ulcus gangraenosum.

Manchmal tritt zu dem gewöhnlichen Schanker, nach Joseph zumeist bei heruntergekommenen dekrepiden Individuen, z. B. Potatoren, Gangrän hinzu. Einmal tritt diese Gangrän nach Lesser infolge lokaler Zirkulationsstörungen ein; dann aber ist dieselbe dem Geschwürsprozess als solchem eigentümlich. Es ist jedoch auch nicht unwahrscheinlich — und jene Ansicht hat viel Verbreitung gefunden, — dass das Ulcus gangraenosum gar kein weicher Schanker, sondern ein Chancre mixte ist.

Der Grund dieses gangränösen Geschwürs ist von missfarbigen, grünlichen oder schwärzlichen Gewebsfetzen bedeckt. Die Gangrän schreitet sehr rapid in die Tiefe des Gewebes und bedingt eine starke Entzündung der Umgebung. Bei der Loslösung der vorher festanhaftenden, nekrotischen Gewebsfetzen kommt es durch Arrosion von Blutgefässen zu nicht unerheblichen Blutungen; ein tiefer Substanzverlust ist die Folge der Abstossung der nekrotischen Massen.

Die Ulcera mollia finden sich vor allem an den Genitalien und zwar ist ihr Lieblingssitz:

bei Männern:

1. das innere Blatt der Vorhaut,
2. am Uebergang des inneren Blattes der Vorhaut zur Eichel und Frenulum;

bei Weibern:

1. an der Fossa navicularis,
2. an den Labia minora,
3. an den Labia majora schon seltener,
4. am Orificium urethrae und
5. an dem Introitus vaginae.

Häufig findet man Abdrücke der Ulcera an Stellen, die sich oft berühren. Extragenital ist das Ulcus molle viel seltener anzutreffen. Ueber den Einfluss des Sitzens der Ulcera bemerkt Petersen: „Je mehr derjenige Körperteil, wo das Ulcus sitzt, mechanischen Reizungen und Bewegungen ausgesetzt ist, desto protahierter wird der Verlauf sein. Dies ist am deutlichsten an den Ulcera an der Corona praeputii zu bemerken, die bei jeder Volumenveränderung des Penis auseindergezogen und dabei häufig durch Harn gereizt wird."

Wir wollen nun im folgenden noch etwas näher auf den Sitz der Ulcera und ihre Ausbreitung an den verschiedenen Körperstellen bei Männern und Weibern eingehen.

An den männlichen Genitalien findet sich der Schanker am häufigsten da, wo mechanische Einflüsse oder die Wirkung von Sekret am leichtesten eine Kontinuitätstrennung der Oberhaut bewirken.

Sitzt das Ulcus am Uebergang vom äusseren zum inneren Blatt der Vorhaut, so ist es furchenförmig und erfordert, da es durch den darüber rieselnden Harn gereizt wird, einen längeren Heilungsprozess.

Auf dem äusseren Blatt der Vorhaut, ebenso auf der äusseren Bedeckung des Penis findet sich der Flächenschanker. Er wird ungefähr fünfmarkstückgross und geht wenig in die Tiefe. Die Eitersekretion ist ziemlich reichlich. Auch der Flächenschanker des Penis hat einen sehr protrahierten Verlauf.

Auf dem inneren Blatt der Vorhaut findet sich oft der sogenannte Verbrühungsschanker, Ulcus ambustiforme. Derselbe bildet, ähnlich wie bei einer Verbrühung, einen nur oberflächlichen, oft ziemlich ausgedehnten Sub-

stanzverlust mit scharf umschriebenen, tiefroten Flächen. Auch er zeigt einen sehr langwierigen Verlauf. (Joseph.)

Entwickelt sich der Schanker aus einem Einriss des Frenulums, so wird dieses gewöhnlich vollständig zerstört. Kommt der Schanker jedoch neben dem Frenulum in der Eichelfurche zur Entwickelung, so kommt es oft zu einer Durchlöcherung des Frenulums und dann beim Weiterschreiten des Geschwürs ebenfalls zur vollständigen Zerstörung des Frenulums, während in anderen Fällen vorher Heilung eintritt, und ein brückenhafter Rest des Bändchens erhalten bleibt. (Lesser.)

Die im Sulcus coronarius sitzenden Ulcera breiten sich gewöhnlich bis auf einen Teil der Glans aus, und bereiten, da an dieser Stelle die oberen Hautpartieen an die unteren straff angeheftet sind, und so leicht eine derbe Infiltration zu stande kommen kann, der Diagnose oft grosse Schwierigkeiten.

Auch am Orificium urethrae sitzen kreisrunde Ulcera. Selten erstrecken sie sich bis in den Urethralkanal. Die Schanker des Orificium urethrae gehen meist von einer der beiden Kommissuren der Harnröhrenlippen aus und nehmen oft das ganze Orificium ein. Dasselbe erscheint nach Lesser erweitert, der Rand ist nicht glatt, sondern ausgefressen, und beim Auseinanderklappen der Lippen bekommt man die Geschwürsfläche zu Gesicht, die sich einige Millimeter in die Harnröhre hinein erstreckt. In der Harnröhre ist der weiche Schanker sehr schmerzhaft.

Auf der Glans penis, ebenso manchmal an der Radix ist das Ulcus kraterförmig.

Beim Weibe kommt der weiche Schanker am häufigsten an der Fossa navicularis vor.

An der Innenfläche der grossen und kleinen Schamlippen findet sich der Verbrühungsschanker, an den grossen Schamlippen der Flächenschanker.

In der Vagina findet sich das Ulcus molle selten, eine noch grössere Seltenheit ist es, wenn es dort gangränös wird.

Selten ist es auch an der Portio vaginalis uteri. Nach

Siegmund bildet es dort ein kreisförmiges, scharfrandiges, mit dickem Eiter belegtes, leicht blutendes Geschwür. Es breitet sich schnell aus und vernarbt langsam nach zwei bis fünf Wochen. Ulcera am Mons Veneris sowie am Oberschenkel bilden eine Ausnahme, häufiger finden sie sich am Anus infolge von Ueberfliessen von Eiter oder von coitus per anum.

Auf die Differentialdiagnose von Ulcus molle und anderen Affektionen in dieser Arbeit ausführlich einzugehen, würde mich zu weit führen. Ich kann daher nur mit wenigen Worten diesen Punkt berühren.

Ulcus molle in der Harnröhre kann leicht mit Gonorrhoe verwechselt werden. Hier wird aber die Abwesenheit von Gonokokken oder der direkte Nachweis des Ulcus vermittelst des Endoskops oder das Auffinden von Ducrey-Kreftingschen Bazillen im Sekret die Entscheidung bringen.

Erosionen von Balanopostitis heilen z. B. nach Einpuderung von Borsäure sehr rasch ab, während das Ulcus molle bei gleicher Behandlung unverändert bleibt.

Auch aufgekratzte Scabiespusteln können mit Ulcus molle verwechselt werden; doch wird hier der Befund am übrigen Körper leicht die Entscheidung bringen.

Wohl am wichtigsten ist die Differentialdiagnose zwischen Ulcus molle und dem harten Schanker. Vor allem besteht ein Unterschied in der Inkubationsdauer. Während beim weichen Schanker die ersten Erscheinungen bereits nach 24 Stunden mit Bildung einer Pustel auftreten, dauert beim harten die Inkubation 2—3 Wochen.

Der weiche Schanker ist ferner ein grubiges Geschwür mit steilen unterminierten Rändern und unebenen ausgenagtem Grund, während der harte Schanker flach, oft erhaben ist, einen schwachen Begrenzungssaum und einen glatten, wie lackierten Grund besitzt.

Der weiche Schanker hat eine weiche, der harte eine ziemlich derbe Basis.

Der Eiter, der bei weichem Schanker ziemlich reichlich ist, ist bei diesem auch auf den Träger überimpfbar und

erzeugt wieder einen weichen Schanker, während der Eiter des harten Schankers nur in den ersten Tagen auf den Träger überimpfbar ist.

Nach dem weichen Schanker bleibt eine mehr oder weniger tiefe Narbe zurück, während nach dem harten Schanker meist keine sichtbare Narbe zurückbleibt.

Während des Verlaufs des Ulcus molle können eine Reihe von Komplikationen hinzutreten, die der Krankheit einen ganz anderen Charakter aufdrücken und das ursprüngliche Bild des weichen Schankers vollständig verwischen. Wahrscheinlich ist es, dass bei den meisten Komplikationen ein neues Virus zu dem des Ulcus molle hinzutritt und so eine neue Infektion bedingt.

Streng genommen müssen wir schon den serpiginösen, den phagedänischen und den gangränösen Schanker, die wir bereits oben näher beschrieben haben, zu den Komplikationen des weichen Schankers rechnen.

Ferner gehört hierher der Chancre mixte. Derselbe kommt nach Balzer zu stande:

1. Durch gleichzeitige oder aber
2. durch nacheinander folgende Infektion mit dem Ulcus molle und dem Virus der Syphilis.

Die gleichzeitige Infektion findet statt:

a. sehr selten durch Infektion mit Chancre mixte,

b. dadurch, dass das infizierende Individuum neben seinen infektiösen, syphilitischen Erscheinungen ein Ulcus molle hat,

c. dadurch, dass das infizierende Individuum sich im Frühstadium der konstitutionellen Lues befindet und weichen Schanker hat, dessen Sekret der Träger zugleich für das syphilitische Virus ist.

Für die nicht gleichzeitige Infektion kennt Balzer folgende Entstehungsarten:

a. ein mit einem weichen Schanker behaftetes Individuum verkehrt mit einem syphilitischen; dann stellt das Ulcus molle die Eingangspforte für das syphilitische Gift dar.

b. ein syphilitischer Schanker bildet die Eingangspforte für die Ulcus molle-Bazillen.

Erfolgt die Infektion gleichzeitig, so tritt ein paar Tage post coitum ein Schanker mit allen charakteristischen Symptomen eines Ulcus molle auf, bis er sich am 15.—20. Tage, nachdem er schon fast in Heilung übergegangen war, plötzlich am Grunde zu indurieren beginnt und sich zur Sklerose umwandelt. Bei der Inokulation auf den Träger entsteht dann meist wieder ein typischer Schanker.

Eine weitere Komplikation ist die Lymphadenitis. Als lokale Ursache für diese Drüsenaffektion findet man gewöhnlich nur minimale Läsionen in der Urethra; auf dem Integument des Penis oder des Praputiums. Die einzelnen Tumoren vergrössern sich nun allmählich, lassen sich nicht mehr bewegen und verschmelzen zu einer sich ziemlich hart anfühlenden Geschwulst, die starr auf dem darunter liegenden Gewebe aufsitzt. Es treten jetzt Störungen des Allgemeinbefindens auf, die den Verdacht auf Syphilis erwecken. Die Patienten haben eine blasse, fahle Gesichtsfarbe, magern sichtlich ab und klagen häufig über Frösteln, das mit Hitzegefühl abwechselt, und haben oft Nachtschweisse. Nach 4—8 Wochen nehmen die lokalen Erscheinungen zu: die Haut ist über der Geschwulst nicht mehr verschiebbar und nimmt eine blaurote Farbe an. Man fühlt jetzt deutliche Fluktuation.

Ohne ärztliches Eingreifen kann dieser Zustand Monate lang dauern, indem es zu Eiterdurchbrüchen, Fisteln, Gangränescierung einzelner Hauptpartien, mit Bloslegung der Drüsentumoren kommt.

Die Drüsentumoren können einfach entzündlich, nicht virulente oder schankröse Bubonen sein.

Ferner möchte ich den tiefsitzenden Urethralschanker, da sein Vorkommen ein so äusserst seltenes ist, mit zu den Komplikationen des Ulcus molle rechnen. Zeissl leugnet sein Vorkommen noch; er hat „Schankergeschwüre in der Harnröhre noch keine, weder bei Lebzeiten der Kranken noch am Seziertische gesehen.“ Er kann sich nicht vorstellen, „wie das Schankersekret in eine tiefere Region der

Harnröhre gelangen und daselbst an mehreren isolierten Punkten seine Wirksamkeit entfalten sollte, ohne dass in den vorderen Partien der Harnröhre ein Geschwür entstanden wäre."

Weitere Komplikationen wären noch Phimose, Paraphimose, beim Weibe Bartholinitis.

Im folgenden möchte ich, bevor ich auf zwei in der Abteilung für Hautkranke des Herrn Dr. Karl Herxheimer beobachtete Fälle, die viel des Interessanten darbieten, zu sprechen kommen, einige Komplikationen von Interesse, die zum Teil unsern beiden Fällen analog sind, anführen. Ich erhebe selbstverständlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit meines Materials von Komplikationen, die ich aus der Literatur zusammengestellt habe, da ja sicher jeder praktische Arzt unter seinen Fällen von Ulcus molle auch ein solches mit Komplikationen gesehen hat.

Fall I.

Neumann zeigte am 31. Oktober 1894 in der Wiener dermatologischen Gesellschaft einen 26jährigen Taglöhner, der mit einem ausgebreiteten serpiginösen Schanker behaftet ist. Das Geschwür nimmt die gesamte Oberfläche der Glans ein und hat ihre untere Hälfte, das Frenulum und einen Teil des corpus cavernosum urethrae zerstört. Die Affektion besteht seit 1893. Der Kranke ist schwächlich und anämisch, aber sonst gesund.

Fall II.

Einen ganz ähnlichen Fall stellte Neumann in einer andern Versammlung derselben Gesellschaft vor. Auch hier hat das Ulcus am Penis einen serpiginösen Charakter angenommen. Während es bei der Aufnahme nur linsengross war, griff es nach einigen Tagen bedeutend weiter und hat bei der Vorstellung die untere Hälfte des Präputiums ergriffen. Die Geschwürsbasis ist rein. Seit acht Tagen ist eine Besserung eingetreten; doch ist das Geschwür noch schmerzhaft. Es wird weiter ausgeführt, dass das Geschwür von Anfang an sehr konservativ behandelt wurde, dass sich aber in sehr rapider Weise ein Wall bildete und in

der Mitte des Geschwürs ein Zerfall eintrat. Trotz antiseptischer Behandlung mit Jodoform und Gypstheer ging das Geschwür weiter. Nachdem der Rand des Ulcus paquelinisiert worden war, ging die Infiltration am Rande zurück, trat aber plötzlich nach 5—6 Tagen am Rande von neuem auf; das Geschwür frass weiter. Nach der letzten abermaligen Paquelinisierung bleibt es 10 Tage stationär und zeigt kolossale Granulationen, die bei der geringsten Berührung bluten. Neumann erwähnt weiter, dass er sonst stets sehr konservativ vorgehe und nur, wenn sonst nichts mehr nutzt wie hier, zum Paquelin greife. Das Experiment lehre hier, dass die Ueberimpfung des Geschwürseiters auf ein gesundes Individuum zu eben solchen weichen Geschwüren führe. Er will, nachdem im Zentrum bereits so schöne Granulationen vorhanden sind, die Heilung mit Transplantationen versuchen. Kaposi empfiehlt, wenn die Transplantationen nicht gelingen sollten, prolongierte Wasserbäder vorzunehmen.

Fall III.

Ehrmann hält vorstehenden Fall für eine Mischinfektion und führt einen Fall an, wo das Geschwür tief längs des Bindegewebes des Präputiums in die Urethra frass und dann über die ganze Glans nach oben weitergriff. Paquelinisierung hatte nur teilweisen Erfolg. Es steht bei diesen Fällen nach Ehrmann wohl so, dass zu dem Virus eines weichen Schankers oder dem eines syphilitischen Schankers ein zweites anderes Kontagium hinzutritt, welches den Charakter des ersten Virus verwischt.

Fall IV.

Einen ähnlichen Fall wie Fall II sah auch Grünfeld und zwar nach einer Circumcision. Er vermeidet in solchen Fällen jedes Aetzen und geht nur mit milden Mitteln vor. In dem vorliegenden Fall ging die Glans penis vollständig verloren. Nach der Transplantation nach Reverdin erfolgte rasch die Vernarbung. Man soll bei diesen Geschwüren möglichst selten den Verband wechseln und das Geschwür rein halten.

Fall V.

Legrain berichtet über einen Fall, bei dem sich im Anschluss an einen weichen Schanker, der am Skrotum lokalisiert gewesen war, zuerst ein schankröser Bubo und später in mehrfachen Schüben sehr zahlreiche Schankergeschwüre an den unteren Extremitäten und am Stamm entwickelten. Diese Ausbrüche wurden von hektischem Fieber (die Temperatur betrug morgens 37,5, abends 39,0) und allgemeinen septikämischen Erscheinungen begleitet. Nachdem Jodoform-, Borsäure- und Sololverbände nichts besonderes ausgerichtet hatten, bewährten sich tägliche warme Bäder von 30° und 39° aufs beste, indem die Geschwüre sehr rasch zur Heilung gelangten, und die allgemeinen auf die Resorption zu beziehenden Erscheinungen eben so schnell wieder verschwanden.

Fall VI.

Ein 24jähriger Patient, der erst 6 Wochen nach der Infektion in Behandlung kam, hatte sich derart vernachlässigt, dass das Ulcus die Leistengegend, das Skrotum, die Genitokruralfalten und einen Teil des Oberschenkels umfasste. Die Leistendrüsen lagen frei zu Tage. Am Dorsum des linken Daumens befand sich ein eben solches Geschwür, dessen Durchmesser 1 cm betrug. Die Heilung der Ulcera erfolgte unter der Behandlung mit Kupfersulfat- und Sozojodolsalbe.

Fall VII.

Ulcus molle mit Blutungen, beschrieben von Drimpelmann.

Ein 18jähriger Kranker war seit 8 Wochen wegen Ulcus molle von einem Heilgehilfen mit Jodol und Sublimat behandelt worden. Nach drei Wochen fand die erste Blutung statt, die durch Tamponade gestillt wurde.

Zwei Tage darauf trat die zweite Blutung ein, die unter Anwendung von Liquor ferri sesquichlorati stand. Tags darauf kam es zur dritten Blutung. Bei der vierten Blutung war der Kranke bereits sehr anämisch geworden und trat nun in die Behandlung des Arztes.

Die Untersuchung ergab: Im Sulcus retroglanchularis rechts beinahe am Frenulum sitzt ein tiefes Ulcus von Bohnengrösse, das die Eichel sehr stark arrodiert hat. In der Mitte des Grundes befindet sich eine spritzende Arterie. Anwendungen von Kälte, Druck und schwache Lösung von $Fe_2\ Cl_6$ bringen die Blutung nicht zum Stillstand. Darauf wird die Arterie gefasst und mit Katgut unterbunden und ein Verband mit 5% Karbolöl gemacht. Nachblutung tritt nicht mehr ein. Nach drei Wochen ist die Wunde verheilt.

Fall VIII.

Ulcus molle gangraenosum vaginalis beschrieben von Gördes.

Patientin, die vor fünf Wochen infiziert wurde, klagt seit 3—4 Wochen über heftige Schmerzen an den Genitalien. Die Untersuchung ergiebt: Die beiden grossen Schamlippen sind ödematös angeschwollen. Zwischen denselben ragen schwarzgraue Fetzen hervor, die sich beim Auseinanderdrängen der Labien als die in ihrem ganzen Umfang gangränös erscheinende Scheidenwand ergeben: es verbreitet sich ein beinahe aashafter Geruch. Das ganze Scheidenrohr von Introitus vaginalis bis zur Portio hin ist in den oberflächlichen Partieen zum Teil mehr als 1 cm tief gangränös. Nach Entfernung alles Gangränösen und Auskratzung mit dem scharfen Löffel wird eine Ausspülung mit 1% Kreolinlösung und dann Jodoformgaze-tamponade gemacht. Vier Tage später tritt unter urämischen Erscheinungen der Exitus, kurz vorher Abort ein.

Die Sektion ergiebt: Uterusinnenfläche mit diphtherieähnlichen Massen belegt. Nieren um das doppelte vergrössert.

Ganz ähnliche Komplikationen wie die ersten soeben beschriebenen Fälle zeigen die zwei auf der Hautkrankenabbildung des Herrn Dr. Karl Herxheimer beobachteten Fälle. Auch hier handelt es sich in dem einen Falle wahrscheinlich um eine Mischinfektion.

Fall I.

Sch. Bureaudiener geb. d. 15. II. 63.

Anamnese. Der Vater des Patienten ist an einem Brustleiden, die Mutter am Herzschlag gestorben.

Patient selbst will bis vor zwei Jahren im ganzen gesund gewesen sein. Damals bekam Patient einen Tripper, dessen Dauer sich auf ca. 1 Jahr erstreckte, und eine Hodenentzündung. Anfangs Juli fühlte sich Patient matt und 14 Tage später hatte er Ausfluss aus der Harnröhre. Auf Einspritzung besserte sich das Leiden nicht. Inzwischen schwollen die Drüsen der Leistenbeuge an und zwar zuerst auf der rechten Seite, später aber auch auf der linken. Hier war aber die Schwellung eine unbedeutende. Patient konnte infolge dieser Schwellung nicht mehr gehen und suchte deshalb, und weil sich der Ausfluss auf ärztliche Behandlung hin nicht vermindert hatte, das Städtische Krankenhaus auf.

Status praesens. 26. VII. Das Orificium urethrae wird auf der linken Seite von einem stark eiternden, $^1/_2$ cm tief in die Urathra reichenden Geschwür von weicher Konsistenz und mit roten Rändern eingenommen.

Dicht vor der Radix penis findet sich links eine haselnussgrosse Geschwulst von livider Farbung, fluktuierend und schmerzhaft. Auf Druck entleert sich aus einer stecknadelkopfgrossen Öffnung reichlich Eiter. Weiter befindet sich auf der rechten Seite eine schmerzlose, wallnussgrosse und auf der linken Seite eine kirschgrosse Inguinaldrüsenschwellung, ohne jede Fluktuation.

Therapie. Das Ulcus urethrae wird mit Jodoformstäbchen (Butyr. Cacao und Jodof.) behandelt, die 5—6 mal täglich gewechselt werden. Die Penisgeschwulst wird mit Umschlägen von 2 proc. essig-saurer Thonerde behandelt. Bei den Inguinaldrüsengeschwülsten wird Guajacol angewandt, besonders auch um die Schmerzen zu lindern. Ausserdem wird eine Eisblase appliziert.

28. VII. An Stelle der Geschwulst am Penis findet sich heute eine zehnpfennigstückgrosse, schmierige, zerklüftete Geschwürsfläche mit lividen, schlaffen, überhängenden Rändern.

Therapie. Formol und Aethylendiaminkresol in 0,5 proc. Lösung. Es wird hier mit Formol, dessen Anwendung Frank zuerst veröffentlichte, behandelt, um die

Induration des Geschwürbodens zu vermeiden, wie sie oft beim Aetzen mit andern Mitteln entsteht, sodass dann die Diagnose mit Schwierigkeiten verknüpft ist.

1. VIII. Die Geschwürsfläche hat sich nach dem Aetzen gut gereinigt; überall finden sich ziemlich gute Granulationen. Eine Progression des Geschwürs hat nicht mehr stattgefunden. Die rechtsseitige Leistendrüsenschwellung ist noch unverändert; es besteht keine Fluktuation. Um diese zu befördern, wird eine Injektion mit 0,02 Argentum nitricum gemacht.

2. VIII. Es ist noch keine Fluktuation vorhanden. Die Injektion von 0,02 Argentum nitricum wird wiederholt.

3. VIII. Auf der rechten Seite ist die Haut stark gerötet. Die Schwellung rechts ist wallnussgross. Es ist nun deutliche Fluktuation vorhanden: Die Incision ergiebt reichlichen Eiter, keine zerfallenen, oberflächlichen Drüsen.

4. VIII. Bisher war links Status idem.

Keine Fluktuation zu fühlen. Deshalb wird heute eine Injektion mit 0,02 Argentum nitricum gemacht.

5. VIII. Die Schwellung links ist jetzt wallnussgross geworden; noch lässt sich keine deutliche Fluktuation nachweisen. Auch hier wird deshalb die Injektion mit 0,02 Argentum nitricum wiederholt.

6. VIII. Die Schwellung umfasst jetzt die ganze linke Leistengegend. Die Haut ist derb ödematös und gerötet, livid und auf Druck schmerzhaft. Noch immer ist keine deutliche Fluktuation nachzuweisen. Die Injektion wird deshalb noch einmal wiederholt und ein Sitzbad verordnet. Abends wird die Incision gemacht. Die Hautdecke ist 1 cm dick und von käsigem Aussehen. Ein tiefer Eiterherd ist unterhalb der Fascie gelegen. Die Beschaffenheit der Haut erklärt sich durch die Argentuminjektion, von der jedenfalls ein Teil in das Parenchym drang und die Entzündungserscheinungen hervorrief. Die Wunde wird mit Jodoformgaze tamponiert.

8. VIII. Beim Verbandwechsel, der heute vorgenommen wird, finden sich gute und reine Granulationen.

Die Wundhöhle hat sich bereits verkleinert. Es wird mit in Aethylendiaminkresol getränkte Gaze tamponiert.

9. VIII. Das dicht vor der Radix penis gelegene Geschwür ist im Ueberhäuten begriffen und besitzt nur noch die Grösse eines Zehnpfennigstücks.

15. VIII. Das Ulcus am Orificium urethrae sieht rein aus. Im Speculum von Arning erkennt man den Beginn der Ueberhäutung.

16. VIII. Im Zusammenhang mit der Urethra fühlt man einen haselnussgrossen, ziemlich derben Tumor auf der Unterseite des Penis. Das Präputium ist nicht beteiligt. Lokalisation am Sulcus coronarius. Auf Druck ist der Tumor vollständig schmerzlos. Der Tumor erweckt den Verdacht auf Sklerose.

18. VIII. Das Präputium ist stark ödematös.

19. VIII. Das ödematöse Gewebe ist livide verfärbt. Das Zurückstreifen des Präputiums gelingt noch. Am Sulcus coronarius entleert sich ein Fingerhut voll stinkenden Eiters; eine Oeffnung ist indessen nicht zu finden. Zugleich ergiebt sich eine Verkleinerung des Tumors auf der Unterseite des Penis.

20. VIII. Aus der Urethra entleert sich nach Angabe des Patienten Blut und Eiter. Da anders keine Fistelöffnung zu finden ist, wird die Circumcision ausgeführt, nachdem vorher nach Schleich durch Einspritzung von Aqu. dest. unter die Haut Anästhesie hergestellt ist. Das Frenulum wird erhalten. Vorher wurde, um eine Infektion des Ulcus urethrae zu verhindern, dieses mit Karbolsäure geätzt. Nach der Circumcision findet sich eine Eiter entleerende Fistel mit stecknadelkopfgrosser Oeffnung vom corpus cavernosum gland. ausgehend. Die Sonde reicht daselbst schräg proximalwärts (nach der Radix zu) 1 cm. Die Sondierung nach der Urethra zu wurde weiter nicht forciert, da man eine starke Blutung fürchtete.

22. VIII. Dicht bei der Fistelöffnung ist noch eine zweite entstanden. Das dieselben verbindende Hautstück am Sulcus coronarius wird gespalten und der Gang dann austamponiert.

23. VIII. Die gesamte durch die Circumcision entstandene Schnittfläche ist um den ganzen Sulcus coronarius herum infiziert (Ulcus molle) und bildet eine schmierig belegte Geschwürsfläche mit sinuösen Rändern. Infiltration der Umgebung ist nicht vorhanden. Die vorher angeführte Karbolisierung des Ulcus molle der Urethra vermochte also eine Infektion nicht zu verhindern. Natürlich werden sofort die Fäden gelöst und die ganze Fläche wird mit Karbolsäure geätzt und hierauf mit Jodoform und Kampherweingaze austamponiert. Der Verbandwechsel findet zweimal täglich statt.

25. VIII. Unter täglicher Karbolsäureätzung zeigen sich nach Abstossung der nekrotischen Massen reine Granulationen. Eine weitere Progression des Geschwürs findet nicht statt. Die Fistel hat sich gereinigt und ist etwas kürzer geworden.

1. IX. Nach wie vor findet täglich Verbandwechsel statt. Die Fistel hat sich bedeutend verkürzt und wird immer noch mit Aethylendiaminkresolgaze 1 : 3000 austamponiert. Die Ueberhäutung der Geschwürsfläche beginnt.

10. IX. Die Fistel schliesst sich, indem das Epithel in ihre Aussenöffnung hineinwächst. In der Tiefe findet keine Sekretion mehr statt. Die Ueberhäutung der Geschwürsfläche geht gut vorwärts. Ebenso ist die Inguinalschnittwunde der linken Seite gut überhäutet.

25. IX. Das Geschwür am Penis ist bis auf eine linsengrosse Fläche jetzt vollständig überhäutet. Der Patient wird als fast geheilt entlassen.

Epikrise. Die Geschwulst am Penis, zunächst ein einfacher Abscess mit Fluktuation und Eiter, nicht schmerzhaft, wird mit essigsaurem Thonerdeverband behandelt. Nach 2 Tagen ist die Wunde infiziert und bietet das Aussehen eines Ulcus molle.

Untersuchungen auf Ducrey-Kreftingsche Bazillen wurden damals auf der Abteilung noch nicht gemacht. Die Geschwürsfläche wird sodann, wie schon oben bemerkt, mit Formol geätzt, da man glaubt, so die Induration des

Geschwürbodens, wie sie regelmässig durch andere Aetzmittel ausser durch Karbol entsteht, zu vermeiden.

Die Ueberhäutung geht dann auch gut vor sich.

Sowohl die rechte wie die linke Inguinalschwellung werden mit 0,02 Argentum nitricum-Injektion behandelt, um Fluktuation zu bewirken. Die Injektion hat rechts Erfolg; auf der linken Seite dagegen ist ein Teil des Argentums, jedenfalls nicht bis zu dem tiefen Eiterherd gedrungen, sondern ist in das Parenchym geraten und hat so eine entzündliche Schwellung der ganzen Gewebspartieen erregt. Nach der Incision und der Aethylendiaminkresolgazetamponade verheilt auch diese Wunde gut.

Ein an der Unterseite des Penis befindlicher, ziemlich derber Tumor erweckt den Verdacht auf Sklerose. Da tritt plötzlich ein starkes Oedem des Präputiums auf, zugleich mit einer Entleerung von Eiter am Sulcus und von Blut und Eiter nach der Urethra, verbunden mit einer deutlichen Verkleinerung des Tumors. Da man eine Fistelöffnung nicht finden kann, wird die Circumcision mit Schleich ausgeführt. Die vorherige Karbolisierung des Ulcus der Urethra vermag jedoch die Infektion der Schnittfläche nicht zu verhindern. Diese Thatsache würde vielleicht auffordern, sich nicht auf das Karbol zu verlassen, sondern das Ulcus mit dem Paquelin zu kauterisieren. Hier war dies freilich unmöglich wegen der Gefahr, eine künstliche Striktur der Urethra zu verursachen. Nach Spaltung der beiden Fistelöffnungen, Tamponade des Gangs und Aetzen der ganzen Geschwürsfläche mit Karbolsäure gelangt auch das Penisgeschwür zur Ueberhäutung.

Fall II.

H. Maler. Anamnese. Patient hatte zweimal Bleikolik. Am 5. Juli bemerkte Patient eine offene Stelle am Sulcus; 10 Tage später schwollen die Drüsen in der Schenkelbeuge an. Das Geschwür am Penis vergrösserte sich und brach auf.

Status praesens. Patient ist ein wohlgenährter, ziemlich muskulöser Mann. Am Pollux der linken Hand

befindet sich eine ca. 5 cm lange Narbe, anscheinend von einer Schnittwunde herrührend. An der Innenseite des linken Unterschenkels befindet sich eine fünfzigpfennigstückgrosse, strahlige Narbe, von einem Geschwür herrührend. Auf der Unterseite der Eichel in der Mittellinie findet sich ein kleinfingernagelgrosses, kraterförmiges Geschwür, welches stark eitrig secerniert. Eine Infiltration ist nicht vorhanden. Die Ränder des Geschwürs sind leicht überhängend und gerötet. An den beiden Schmalseiten des Geschwürs befinden sich zwei Fisteln, die etwa $^1/_2$—1 cm lang schräg nach innen verlaufen; die linke Fistel ist ziemlich oberflächlich. In der rechten Leistengegend findet sich ein nierenförmiges Geschwür, das ca. 3 cm lang und an der schmalsten Stelle 1 cm breit ist. Die Geschwürsfläche, von schlaffen Granulationen besetzt, ist schmierig eitrig belegt. Die Ränder des Geschwürs sind von livider Farbe und leicht überhängend. Eine Infiltration der Umgebung hat nicht stattgefunden. Von diesem Geschwür durch schmale Hautbrücken getrennt, befinden sich zwei zehnpfennigstückgrosse Geschwüre von derselben Beschaffenheit in der Leistenbeugefalte bezw. gehen sie auf das Skrotum über. Wie abgeklatscht befindet sich am Oberschenkel gegenüber dem unteren Geschwür ein linsengrosses Ulcus, mit überhängenden Rändern und reichlicher, eitriger Sekretion Die Umgebung des Geschwürs ist nicht infiltriert.

18. 9. Da Patient den Verdacht auf Lues durch das Penisgeschwür erregt, aber auch Ulcus molle vorliegen kann, beschliesst man die Inokulation seiner Geschwüre; zugleich giebt man ihm Jodkali, um durch den Erfolg dieser Massregeln die Diagnose zu sichern. Es wird also die Inokulation sowohl des Penis-Ulcus wie auch des Leistengeschwürs am linken Oberschenkel gemacht. Jodkali wird 3,0 pro die verordnet.

19. 9. Beide Inokulationen sind angegangen und bieten typische Ulcera mollia dar. Um die Granulation der Geschwürsflächen zu erregen, werden Aethylendiaminkresolverbände angelegt.

20. 9. Noch keine Veränderung. Verbandwechsel. Anwendung von Jodoformkampferwein-Verbänden.

27. 9. Status idem. Nur die Ränder des grossen Geschwürs zeigen einen zarten Epithelsaum.

28. 9. Da das Geschwür schlecht granuliert, werden die schlaffen Granulationen unter Freilegung der oberflächlichen Fascie weggekratzt, jedoch unter Erhaltung des Randepithels. Die Wunde wird mit einem Jodoformgazeverband bedeckt.

1. 10. Die Geschwüre in der Inguinalgegend haben sich gereinigt und granulieren gut. —

Unter täglichem Verbandwechsel bessert sich der schankröse Bubo allmählich; die Fisteln beginnen sich zwar zu schliessen, doch tritt bald ein Stillstand in ihrer Heilung ein. Bei täglich zweimal stattfindender Ausspritzung mit 0,1 proc. Aethylendiaminkresol bessern sie sich nur langsam. Auch sie werden täglich mit einem Jodoformverband bedeckt. Wegen der plötzlich drohenden Gefahr eines Durchbruchs nach der Urethra muss jedoch die tiefe Fistel gespalten werden. Die schlecht granulierende Fläche, die hierbei zu Tage tritt, wird mit Acidum carbolicum liquefactum geätzt und ein Verband mit Jodoformpulver darübergelegt. Da der oberflächliche Fistelgang ebenfalls keine besondere Neigung zur Heilung zeigt, wird er ebenfalls gespalten, die Wundfläche mit Acidum carbolicum purum geätzt und ein Jodoformgazeverband darübergelegt. Unter täglichem Verbandwechsel und Behandlung mit Jodoformsalbe granulieren die Wundflächen der gespaltenen Fisteln gut. Das Ulcus am Penis schreitet ebenfalls nicht weiter fort und beginnt sich zu schliessen.

Am 24. 12. sind die Ulcera bis auf eine kleine Stelle überhäutet. Der Patient wird als fast geheilt entlassen.

Epikrise.

Da bei dem Patienten die Diagnose zwischen Ulcus molle und den Erscheinungen der Syphilis schwankt, so wird:

1. Die Autoinokulation gemacht, da ja das Ulcus molle auf den Träger mit Erfolg überimpfbar ist.

2. wird Jodkali gegeben, welcher gerade bei tertiärer Syphilis vorzüglich wirkt.

Beide Autoinokulationen gehen an. Die Diagnose Ulcus molle ist hiermit gesichert.

Das Geschwür an der Unterseite der Eichel setzt sich an zwei Fisteln fort. Da diese keine Neigung haben, zu heilen, werden sie gespalten und, um die Granulationsbildung anzuregen, geätzt.

Nierenförmiges Geschwür in der rechten Leistengegend. Um auch hier die Reinigung des Geschwürs zu beschleunigen, wird Kampferwein und Aethylendiamineresol angewandt. Da die Granulationen nur schlaff sind, wird die Geschwürsfläche ausgekratzt, jedoch mit Erhaltung des Randepithels, da sonst eine Infektion der Umgebung leicht stattfinden könnte.

Im Anschluss an die beiden Krankengeschichten möchte ich noch mit einigen Worten die Therapie des Ulcus molle behandeln unter besonderer Berücksichtigung der Behandlung, wie sie auf der Frequenter Hautkranken-Abteilung ausgeübt wird.

Bei der Behandlung des Ulcus molle haben wir vor allem zu unterscheiden zwischen dem virulenten Stadium und dem Stadium der Granulationen. Das Hauptbestreben der Therapie muss es sein, dieses zweite Stadium zu erreichen.

Um das Geschwür zu reinigen, haben wir 3 Methoden, die chirurgische, die chemische und die galvanokaustische.

Die chirurgische Methode besteht in der Auskratzung des Ulcus oder in der Excision.

Die Auskratzung des Ulcus mit dem scharfen Löffel nach Petersen hat ausgezeichnete Erfolge auch auf der hiesigen Abteilung zu verzeichnen. Nach der Auskratzung wird das Ulcus mit Jodoformverband bedeckt.

Die Excision des Ulcus molle mit nachfolgender Wundnaht ist leider nur an wenigen Stellen wie z. B. an der pars pendula und an der Vorhaut anwendbar, beim Sitz an der Glans, sowie an den weiblichen Genitalien nicht zu

gebrauchen. Auch besteht bei der Excision immer die unvermeidliche Gefahr der Weiterimpfung des Ulcus.

Diese Gefahr wird bei der Kauterisation vermieden. Der Thermokauter ist aber leider auch nur an wenigen Stellen zu gebrauchen; es bildet sich ausserdem ein Schorf, der oft nicht tief genug greift, um das ganze Gewebe, in dem Schankerbazillen sitzen, zu töten, sodass der Krankheitsprozess unter dem Schorf weiter verläuft.

Die dritte Methode ist die chemische. Das Ulcus wird zunächst mit einem mit Watte umwickelten Holzstäbchen mit einer 4—5% Kokainlösung betupft. Dann wird nach Neisser mit einem eben solchen Stäbchen eine energische Auswischung (unter Vermeidung von zu starkem Druck) des ganzen Ulcus, seines Geschwürsgrundes und speziell der unterminierten Ränder mit reiner Karbolsäure vorgenommen. Das Verfahren ist absolut schmerzlos. Neisser bemerkt darüber Berliner Klinische Wochenschrift 1895, dass die Karbollösung in alle Buchten und Taschen dieser oft unregelmässigen, zerfressenen Ulcera sicherer dringt als der grobe, feste Stift.

Noch einen zweiten Vorteil hat sie vor dem Argentumstift. Bekanntlich ist man bei allen frischen venerischen Affektionen kurze Zeit nach der Infektion nicht imstande zu beurteilen, ob das Leiden nicht syphilitisch ist oder ob eine Mischinfektion mit Lues vorliegt.

Nichts ist daher ungeeigneter, als artifiziell durch Aetzmittel eine Verhärtung zu erzeugen, welche ein sicheres Urteil, ob noch eine luetische Infektion hinzutritt, unmöglich macht. „Eine derartige künstliche, harte Infiltration ist aber fast regelmässig die Folge einer energischen Argentumausbohrung, während die Karbolätzung entzündliche Knotenbildung absolut nicht verursacht.“

Im Anschluss daran wird auf der Abteilung ein Verband mit Jodoform, Xeroform oder Europhen über das Ganze gelegt.

Neisser empfiehlt nach dem Aetzen das Bestreichen der Wundfläche mit 1% Jodoformsalbe oder Aufstreuen von Jodoformpulver. Das Ganze wird mit sogenannter

Schwarzsalbe (Arg. nitr. 2 „ Perubalsam 20% bedeckt und so der Jodoformgeruch vollständig verdeckt.

Vor einiger Zeit ist auf der Abteilung auch die Behandlung mit Formol versucht worden. Da es vor den übrigen Mitteln keinen Vorzug hat und ausserdem schmerzhaft ist, ist man wieder von ihm abgekommen. Neuerdings ist zum Verbande das ebenfalls geruchlose Traumatol auf der Abteilung mit gutem Erfolge verwandt worden. Vergl. die Festschrift zur Naturforscherversammlung 1896 zu Frankfurt a. M. (Ueber Traumatol) von Dr. Schattenmann.

Was nun die Behandlung komplizierender Lymphadenitiden betrifft, so wird hier von Spietschka sowie von Lang die modifizierte Punktionstherapie, kombiniert mit Injektionen von Argentum warm empfohlen. Nobl berichtet darüber:

Die Punktion vereiterter Bubonen mit nachträglichen medikamentösen Injektionen wurde bereits von Roux, Marchal, Lozetti, Wertheim und anderen ausgeübt. Auf der Lang'schen Klinik ist die Behandlung die folgende. Handelt es sich um Drüsengeschwülste, bei denen es nach totaler Einschmelzung einer oder mehrerer Drüsen zur Bildung eines Drüsenabscesses gekommen war, so werden bei kleineren Abscessen in der Mitte, bei grösseren an den beiden Polen derselben Punktionsöffnungen mit der Spitze eines Bistouris gemacht. Nachdem der Eiter unter mässiger Kompression entleert ist, wird der Drüsenhohlraum mit einer 1% Argentumlösung gefüllt, durch Streichen in allen Buchten verteilt und z. T. wieder entleert. Diese Expressionen werden in 1—2tägigen Intervallen solange fortgesetzt, als noch Sekretion vorhanden. Die Sekretion pflegt meist schon nach der 2. Expression abzunehmen. Die Höhle verkleinert sich zusehends und die Hautdecke legt sich an. Die kürzeste Heilungsdauer betrug in 80 Fällen 2—5, die längste in 3 Fällen 25—30 Tage; in der Mehrzahl der Fälle erforderte die Heilung einen Zeitraum von 5—6 Tagen.

Ganz im Gegensatz zu diesen warmen Empfehlungen

hat sich auf der Frankfurter Hautkranken-Abteilung das Argentum als ein die Suppuration verhinderndes Mittel durchaus nicht bewährt. Uns ist kein Fall bekannt, wo es eine Verweiterung hintangehalten hätte. Dagegen können wir nur befürworten, es als ein die Fluktuation erregendes Mittel zu verwenden. In diesem Sinne sind auch auf der hiesigen Abteilung sehr schöne Erfolge zu verzeichnen. Besonders prompt wirkt die Injektion allerdings nur, wenn die geschwollenen Drüsen ziemlich oberflächlich liegen, sodass sie mit dem Finger zu palpieren sind. Liegen die Drüsen dagegen so tief, wie in dem einen von uns beschriebenen Fall, so kann es leicht passieren, dass die Argentumlösung in das Parenchym dringt und eine entzündliche Schwellung der betreffenden Gewebspartieen hervorruft.

Für die Behandlung schankröser Bubonen kennen wir folgende Methoden:

Vor allem erzielt hier die Jodoformbehandlung die schönsten und überraschendsten Erfolge. In auffallend kurzer Zeit sieht man hier nach Lesser unter Jodformbehandlung Heilung eintreten. Ferner kämen noch 2 Methoden in Betracht:

1. Die Aetzung des Geschwürgrundes nach Neisser.
2. Die Exkochleation mit nachfolgendem Druckverband nach Petersen.

Häufig werden beide Methoden miteinander verbunden, derart, dass im Anschluss an die Exkochleation eine Aussätzung des Gerschwürsgrundes mit Karbolsäure stattfindet, worauf die Wundfläche mit Kampherwein oder Aethylendiaminkresol feucht verbunden wird. Bei täglichem Verbandwechsel sieht man oft überraschend schnell die Wundfläche sich mit reinen Granulationen bedecken.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Dr. Herxheimer in Frankfurt a. M. für die Anregung zu dieser Arbeit und für die gütige Ueberlassung der Fälle, sowie Herrn Dr. Müller für die liebenswürdige Unterstützung bei der Anfertigung derselben und insbesondere Herrn Professor Dr. Lesser für die gütige Durchsicht derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Archiv für Dermatologie und Syphilis.
   1890 Bd. XXII 271
   1891 „ XXIII 815
   1889 „ XXI 362
   1892 „ XXIV Erg. h. 41
   1877 „ IV 19—42
   „ XXIX 419
   „ XXX 381
   „ XXVII 140.
2. Dermatologische Zeitschrift Band II.
3. Berliner Klinische Wochenschrift 1895.
4. Lesser. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.
5. Joseph. Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten.
6. Zeissl. Grundriss der Syphilis.
7. Lang. Pathologie und Therapie der Syphilis.

Thesen.

I.

Vor der Menopause ist bei Retroflexio uteri im Allgemeinen die Ventrofixatio der Vaginaefixatio vorzuziehen.

II.

Die Behandlung des Ulcus molle mit Karbolsäure ist der Excision oder der Kauterisation desselben vorzuziehen.

III.

Die Entleerung eines serösen pleuritischen Exsudats durch Punktion ist nur anzuraten bei Indicatio vitalis.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Otto Meyer, evangelischer Konfession, wurde am 16. Dezember 1870 als Sohn des Kgl. Kriminal-Kommissars Heinrich Meyer zu Frankfurt a. M. geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Städtischen Gymnasium zu Frankfurt a. M., auf dem Grossh.-Hessisch. Ludwig-Georgs-Gymnasium und dem Neuen Gymnasium zu Darmstadt, welches er Ostern 1892 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Am 31. März desselben Jahres wurde er in das Königl. medizinisch-chirurgische Friedrich-Wilhelms-Institut aufgenommen und bei der Akademie für das Militär immatrikuliert; vom 1. April bis 1. Oktober 1892 genügte er seiner Dienstpflicht mit der Waffe bei der 6. Kompagnie Garde-Füsilier-Regiments. Am 14. Februar 1894 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 7. Februar 1896 das Tentamen medicum und am 10. Juli 1896 das Examen rigorosum. Am 1. Oktober 1896 wurde er zum Unterarzt beim Inf.-Rgmt. No. 138 ernannt und zum Königl. Charité-Krankenhause in Berlin kommandiert.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

v. Bardeleben (†), v. Bergmann, du Bois-Reymond (†), Dilthey, Engler, Ewald, Fischer, B. Fränkel, Fritsch, Gerhardt, Goldscheider, Gurlt, Gusserow, Hartmann (†), Hertwig, Heubner, Jolly, Jürgens, Köhler, Köppen, Kossel, Kundt (†), G. Lewin (†), v. Leyden, Liebreich, v. Noorden, Olshausen, Rubner, Salkowski, F. E. Schulze, Schweigger, Schwendener, Strassmann, R. Virchow, Waldeyer.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.